

## EKSPONERINGSMETODE VED BEHANDLING AF PTSD: Et succesfuld behandlingsforløb

and similar papers at [core.ac.uk](http://core.ac.uk)

provided by Tidsskrift

*Et succesfuld behandlingsforløb. Artiklen præsenterer et case-studie om behandling af PTSD ud fra en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang (KAT). Behandlingsforløbet består af 25 sessioner. Klienten er en flygtning, som i 10 år har lidt af PTSD og socialangst efter flugt. Fire centrale emner bliver diskuteret: (1) den teoretiske baggrund for klientens forstyrrelse, (2) anvendelse af KAT-behandlingsmetoden i rekonstruktion af dysfunktionelle tanker og handlinger, (3) vanskeligheder ved psykoterapeutisk behandling med traumatiserede flygtninge med kroniske tilstande, og (4) den centrale rolle tolken spiller i terapiforløbet.*

### 1. Indledende bemærkninger

Menneskeslægts historie er fuld af traumatiske hændelser. Det være sig menneskeskabte begivenheder som krig, etnisk udrensning eller naturkatastrofer som oversvømmelse og jordskælv. Mange af disse hændelser efterlader alvorlige ar på menneskers sjæle. Slægters traumer fortælles generation efter generation. De har både været inspirationskilde til kunstneriske værker og været anledning til videnskabelige undersøgelser. Teknologiens udvikling har gjort vor tids mennesker bedre i stand til at kunne forudse, foregribe eller afhjælpe konsekvenserne af natur- og menneskeskabte katastrofer. Ironisk nok, har selv samme udvikling skabt dødbringende redskaber, der i de forkerte hænder har resulteret i menneskeskabte katastrofer med traumatiserende oplevelser til følge. Ondskab i form af krig, tortur, politisk undertrykkelse og forfølgelse, terrorisme etc. synes desværre ikke at være i aftagende, men i drastisk udvikling (Kuschel & Zand, 2004). Konsekvensen er bl.a. en massiv tilstrømning af traumatiserede mennesker til de mere sikre hjørner af verden. For værtslande er det efterhånden en uoverskuelig opgave at tage imod og hjælpe disse mennesker. Eksempelvis sker der organisatoriske omlægninger i sundhedssektoren, hvor hovedtendenser peger på kortere og mere effektive behandlingsforløb med henblik på at opnå en hurtigere integration i samfundet.

## 2. Introduktion

PTSD er en alvorlig psykisk forstyrrelse som i diagnostiske systemer (DSM IV-TR & ICD-10) er blevet rubriceret under hovedkategorien: angstforstyrrelser. Karakteristisk for denne lidelse er bl.a. intrusive fænomener, følelsesmæssig lammelse, nedsatte kognitive evner, øget alarmberedskab, vagtsomhed og tilpasningsproblemer. I nærværende casestudie vil jeg beskrive processer og resultater af de kognitiv-adfærdsterapeutiske behandlingsmetoder i forbindelse med et interventionsforløb med en PTSD-ramt klient med langvarigt sygdomsforløb. Vendepunktet i det beskrevne behandlingsforløb var anvendelse af eksponeringsmetoden (Rosenberg, 1995), der brød den onde cirkel af angst og undvigelse, som havde paralyseret klientens liv i 10 år.

## 3. Trauma

Den oprindelige betydning af det græske ord »traume« er »læsion« og bruges i forbindelse med både fysiske og psykiske tilstande. Mange steder har man anvendt ordet »trauma« om selve situationen eller oplevelsen heraf. Dette kan forårsage forvirring og misforståelse. I det nærværende essay har jeg valgt at bruge ordet »trauma« som den psykiske reaktion på en for individet meget belastende begivenhed. Det må tilføjes, at hvorvidt en begivenhed betragtes som traumatisk eller ikke, kan ofte først konstateres retrospektivt.

## 4. Traumeforståelse ud fra kognitive-fænomenologiske stress-coping-teorier

Traumereaktioner kan ud fra de kognitive-fænomenologiske stress-coping-teorier (Lazarus & Folkman, 1984; Horowitz, 1993) anskues som en ekstrem form for stress, dvs. et fysio-psykologisk alarmberedskab. Alvorlige livsbegivenheder er dem, der normalt påvirker og ændrer individets indre skematiske og mentale arbejdsmodel, der i mere almene situationer er væsentlige for, hvordan individet opfatter sig selv og sin omverden. Reaktionen på disse begivenheder bliver generelt betragtet som en bearbejdningsproces, hvorigennem de nye informationer om omverdenen integreres i det billede, individet har dannet sig af verden og livet i den. I løbet af den tid, bearbejdningsprocessen tager, oplagres minderne om det hændte i en form for aktiv korttidshukommelse (Horowitz, 1993). En vellykket proces ender med dannelse af en ny skematisk struktur, hvor de oplagrede minder om begivenheden absorberes i langtidshukommelsen. Processen består af flere faser, der overlapper hinanden: Udbrudsfasen (*out-cry fase*), fornægtelses-indtræng-

ningsfasen (*denial-intrusions fase*), bearbejdselsesfasen (*working-through fase*), og fuldendelsesfasen (*completion fase*) (Horowitz, 1986).

Udbrudsfasen opstår i konfrontation med en ekstrem stressfuld hændelse, ofte i form af stærk frygt og en umiddelbar arousal (Eth, 1985), idet hidtidige tilpasningsevner ikke viser sig at være effektive nok til at kunne klare situationen (Herman, 1995). Personen kan umiddelbart ikke begribe, hvad der sker. Reaktionen kan udbryde med forsinkelse eller forekommer overhovedet ikke. Tilsyneladende kan personen håndtere situationen med en effektiv og velmoduleret reaktion. I nogle tilfælde kan der forekomme en oplevelse af overvældethed, panik, raseri, destruktiv adfærd eller tendens til at »opgive« (total passivitet). Senere, når der ikke længere er nogen fare, og man slapper af og forsvarsbarriererne falder, opstår den næste fase: fornægtelses-indtrængningsfasen (*denial-intrusion*).

I fornægtelses-indtrængningsfasen forekommer stress-respons-symptomer sommetider samtidigt eller indtræffer skiftevis. De kan også fremme hinanden. Individets forøgede kontrol med sine reaktioner resulterer bl.a. i følelsesmæssig lammelse (*numbness*) og tendens til social isolation, og nogle gange i dagdrømmeri. I modsat tilfælde fører nedsat kontrol (fx ved indsovnning) til genoplevelse af det situerede trauma, som afbryder den tilsyneladende stille fornægtelsesfase med en intensitet, der kan opleves som ubærlig. Med tiden følges disse emotionelle svingninger op med nedsat intensitet, hvilket muliggør bearbejdning af oplevede affekter. Det, der sker i løbet af indtrængningsfasen, kan man sige, er en gentagelse og restituering af den traumatiske scene, som optimalt vil føre til at beherske de overvældende følelser, der er knyttet til det situerede traume. M.a.o. forsøger personen i sine tanker at mestre og gøre sig selv til herre over situationen på et symbolsk plan (Herman, 1995). Denne fase kan have en afgørende betydning for den egentlige bearbejdningsproces, da en svingen mellem de to processer kan skabe mulighed til en bearbejdelse af den belastende oplevelse. Dette kan bl.a. ske ved integrering af den mentalt uplacerbare oplevelse i ens konstruerede billede af sig selv i verden og livet.

Fornægtelses-indtrængningsfasens smertelige oplevelser opløses efterhånden i den mest aktive fase i hele traumeprocessen: bearbejdningsfasen, hvor individet tænker, føler, kommunikerer og relaterer sig til andre. I dette forløb kan der formes nye mentale skema hvori ikke kun de direkte traumerelaterede episoder artikuleres. Også alle andre livsforhold, der er blevet påvirket og associeret med den traumatiske oplevelse, gennemgås og bearbejdes. Evnen til at differentiere virkeligheden fra fantasiforestillinger genvindes. En vellykket bearbejdningsproces danner grundlag for selvets udvikling, opnåelse af tolerance over for omverdenen og udvikling af hensigtsmæssige copingstrategier. Hvordan der sker en rekonstruktion af mentale skema, er blevet grundig beskrevet bl.a. af Oestrich (1996).

Fuldendelsesfasen er som den sidste fase faktisk ikke så meget en afslutning, men mere et vendepunkt i en relativ og endeløs proces. Denne del af

traumeprocessen er endeløs, mener Horowitz (1993), fordi minderne af den traumatiske begivenhed og den mentale arbejdsmåde, som er et produkt af begivenheden, følger personen resten af livet. Skal man fortolke Horowitz opfattelse, kan man sige, at der er tale om et vendepunkt, fordi alle livsvigtige emner og spørgsmål fra tidligere faser er blevet taget op til overvejelse og revurdering. Hermed bliver individets livssyn, behov og forudsætninger nødvendigvis forandret. Fasen er en relativ proces. Nogle forfattere mener, at fuldendelsesfasen må betragtes som en ny konstruktion, der gør individet stærkere til at imødegå nye udfordringer. Efter min opfattelse er der mange individrelaterede faktorer, der farver og præger både processens varighed og resultater. Når den alligevel hedder fuldendelsesfasen, er det, fordi individet oplever sig selv som mere fuldendt, hel og i harmoni med sig selv, med nye opfattelsesevner og visioner. Individet er parat til på ny at relatere sig til livet og det livet har at byde på.

## 5. Afbrydelse af bearbejdningsprocessen

Ifølge Horowitz (1986) og Lazarus & Folkman (1984) forløber bearbejdningsprocessen på en anden måde, når der er tale om afvigende traume-reaktion. Den unormale psykiske reaktion kan vise sig i en ekstrem form for undgåelse, som forhindrer en forholden sig til og bearbejdning af det oplevede traume. Reaktionen i sin overdrevne variation kan ende med ekstreme modforanstaltninger og tendens til selvmedicinering ved hjælp af diverse midler for »sansebedøvelse« som f.eks. massiv blandingsmisbrug af alkohol, piller og andre stimulanser. Disse misbrugsformer er med til at dulme smerten, reducere angstniveauet og hindrer konfrontation med den pinefulde virkelighed. En sådan selvmedicinering er faktisk en undvigende adfærd. Bruddet i den normale bearbejdningsproces kan ud fra en kognitiv model forklares ved et misforhold i styrke mellem fornægtelsesfasens og indtrængningsfasens processer.

Karakteristisk for den vedblivende fornægtelsesfase er, at individet oplever følelsesmæssig lammelse, trækker sig ind i sig selv og mister interessen for livets nydelser, afviser kontakt med sine kære, inklusive dem, der tilbyder hjælp, ignorerer livstruende faktorer, er glemsom og har en rigid tvangslignende adfærd sammenlignet med tidligere adfærdsmønstre. En anden udbredt tilstand i fornægtelsesfasen er reduceret opmærksomhed af kropslige, sansemæssige fornemmelser og en fornemmelse af sløret perception. Det er, som om man »går død« i en verden der virker »mere grå« end tidligere (Lifton & Olson, 1976). Følelsesmæssige lammelser skal ikke forveksles med følelsesløshed. Det er mere en fastfrysningstilstand (Levine, 1997). Det, der ser ud som emotionel afstumpethed, er i virkeligheden udtryk for en hypersensitivitet, der resulterer i udelukkelse af stimuli, hvilket påvirker individets interaktionsmønstre med f.eks. familiemedlemmer, kol-

legaer og venner. Den traumatiserede opleves ofte som afvisende, selv af dem, der tilbyder professionel hjælp.

Karakteristika i den vedblivende indtrængningsfase er ubudne tanker og forestillinger (*unbidden ideas*), uventede stærke følelser, som individet forsøger at aflede ved tvangsmæssig hyperaktivitet, og som kontrolleres ved ekstrem vagtsomhed. Det fortsat forhøjede alarmberedskab forårsager, at personen overreagerer på relativt harmløse stimuli som f.eks. en høj lyd, når døren smækkes. Denne reaktion må forstås som individets fejlfortolkning af stimuli og genoplevelse af den traumatiske begivenhed. Mental misperception fra syns-, hørelses- og lugtesansen, er andre symptomer i intrusivfasen. Individet kan have en hallucinatorisk oplevelse, pseudohallucinatorisk oplevelse (når personen er klar over, at de stærke subjektive sanseindtryk ikke stammer fra virkeligheden, men alligevel emotionelt responderer på dem) og mnemoniske oplevelser (*mnemonic quality*) f.eks. sansning af en ikke tilstedeværende person. De ubudne forestillinger forekommer ofte, når individet prøver at slappe af eller kommer kort før indsovning. Disse angstprovokerende oplevelser forsøger personen at undgå ved en højere grad af kontrol, som forstærker en fortsættelse af fornægtelsesfasen. På den måde udvikler det traumatiserede individ en undvigende handlemekanisme for at beskytte sig mod den ubærlige angsttilstand, som bliver provokeret af påtrængende fænomener. Forsøg på at undgå intrusive fænomener udskyder bearbejdningsprocessen og fastholder individet i fornægtelsesfasens fastfrysning. Der dannes en ond cirkel af angst og undvigelse (Oestrich, 1996). Dette bliver nærmere forklaret i den følgende caseanalyse.

I DSM-IV-TR (2002) er der optaget tre diagnoser, som er anvendelige til diagnosticering af de fleste patologisk intensive reaktioner mod alvorlige livshændelser: Posttraumatisk Stress Disorder (PTSD), Adjustment Disorder og Brief Reactive Psychosis. Da den nærværende opgave primært omhandler anvendelse af en kognitiv adfærdsterapimodel og praksis i forbindelse med en PTSD-ramt klient, er det mere relevant at beskæftige sig med kriterier for denne diagnose.

## 6. Posttraumatiske stressbelastningssymptomer

Det væsentlige træk ved PTSD er forekomst og udvikling af et karakteristisk symptomkompleks som følge af ekstremt belastende begivenheder. Dette udgør »Criterion A« i DSM-IV-TR's definition af tilstanden (s. 467) og ifølge ICD-10 i afsnit F43.1: Posttraumatisk belastningsreaktion (*reactio tarada e traumate gravi*). Andre symptomer står under tre kategorier (Pfafferbaum, 1997; Herman, 1995):

- (1) Genoplevelsesfænomener – Criterion B
- (2) Undgåelsesreaktioner – Criterion C
- (3) Forøget arousal- Criterion D

Symptomerne optræder for det meste inden for 3 måneder efter den traumatiske oplevelse (Criterion E, DSM-IV-TR: 468), men der kan også forekomme månedsvise og årevisе forsinkelser i symptomernes udbrud (Pfefferbaun, 1997). Tilstanden navngives som »akut« i tilfælde af højst 3 måneders varighed og »kronisk« i tilfælde af mere end 3 måneders varighed (Criterion F, DSM-IV-TR: 468). Samtlige symptomer skal have eksisteret i mere end én måned. Forstyrrelsen skal endvidere forårsage klinisk set signifikante lidelser eller dårlig funktion i sociale/arbejds-mæssige sammenhænge (ibid.).

## 7. Kognitiv terapi

Angstsymptomer er en af de mest fremtrædende symptomer hos PTSD-ramte mennesker. Angsten påvirker og ændrer den PTSD-ramtes tilværelse på mange forskellige måder. Det gælder såvel social- og arbejdslivet, som privat- og familielivet. Kognitiv-adfærdsterapeutiske metoder har vist sig at være en af de mest velegnede behandlingsformer mod de forskellige angsttilstande (Hougaard & Nielsen, 1995). Et målrettet angstreducerende behandlingsforløb kan skabe en afgørende og drastisk ændring i klientens tilstand og tilværelse. Et sådant behandlingsforløb må dog forudsætte en forudgående grundig diagnosticering, for at sikre den mest hensigtsmæssige behandlingsplan.

## 8. Casebeskrivelse

*Baggrundshistorie:* Sara er 57 år og kommer fra Afghanistan. Hun kom til Danmark med sin familie i 1992 og boede på Dansk Røde Kors' forskellige asylcentre i 4 år. Efter at have fået permanent opholdstilladelse har hun boet i en provinsby på Sjælland. Hun har været gift i ca. 40 år og bor nu sammen med sin mand i nærheden af deres to voksne børn: en pige og en dreng. Børnene er begge gift og har selv børn. Sara er enebarn. Hun voksede op i en meget kærlig og omsorgsfuld, velstillet familie og levede under trygge og beskyttende rammer. Hendes ægteskab var selvvalgt og betegnes af hende selv som præget af kærlighed, gensidig respekt og tillid. Efter studentereksamen arbejdede Sara i nogle år som bogholder i det samme firma, hvor hendes mand, som er ingeniør, var ansat som funktionsleder.

I sit hjemland havde hun angiveligt et meget velfungerende familie- og socialt liv. Efter den væbnede konflikt i Afghanistan, blev Saras liv totalt forandret. Tilhørende en bestemt religiøs og etnisk minoritet (Hazara) var Sara, hendes mand og deres børn, udsat for alvorlig chikane, såvel på arbejdet som i skolen. I flere måneder blev de nødt til at isolere sig i deres hjem for at undgå ubehagelige konfrontationer. I takt med konfliktens udvikling,

udsattes Hazara-folket for trusler på livet. Familien tog konsekvensen og åbnede hverken døre eller tog telefonen af angst for at blive opdaget og afsløret af deres bekendte og naboer med anden religiøs og etnisk baggrund. Nogle måneder senere, efter at magthavernes styrker var rykket ind i Saras hjemby, blev Sara og hendes familie, sammen med hundrede andre indbyggere, tvunget til at forlade byen. Den lange flugttrute, angsten for fjenden, der fulgte efter, usikkerhed og uvidenheden om, hvorvidt og hvornår de kunne vende tilbage, og en gennemgribende oplevelse af tab og sorg, er det mest fremtrædende i Saras erindringer om de flere måneders flugt.

10 år efter:

*Henvisning og diagnose:* På grund af sin komplicerede psykiske tilstand blev Sara i 2002 henvist til visitation på en behandlingsinstitution med henblik på vurdering af behandlingsbehov og orientering om behandlingsinstitutionens tværfaglige behandling. I visitationssamtalen blev Saras psykiske tilstand konstateret som værende en posttraumatisk belastningsreaktion, som hovedsageligt gav sig udslag i depressive, sorg- og kriseprægede reaktioner. Ud over sporadisk kontakt med kommunale myndigheder og med praktiserende læge har Sara aldrig haft kontakt med sundhedsvæsenet i Danmark (socialisolation og afvisning af hjælp). Derfor er oplysningerne om sygdomsforløbet stort set baseret på Saras egne beretninger, som gives i det følgende.

## 9. Behandlingsforløb

Behandlingsforløbet bestod af i alt 25 ugentlige psykoterapeutiske samtaler. Samtidig hermed gik Sara til et vist antal fysioterapeutiske sessioner. Det kognitiv-adfærdsorienteede individuelle psykoterapeutiske samtaleforløb omfattede tre sekvenser:

Den *første sekvens* bestod af:

- 1) En grundig anamneseoptagelse, vurdering af klientens egnethed til psykoterapi, refleksionsevne og stillingtagen til medikamentelt behandlingsbehov, udredning og differentieret diagnosticering af klientens komplicerede psykopatologi og en nærmere beskrivelse af klientens angsttilstand og symptomer.
- 2) Problemafgrænsning og tematisering af aktuelle problemer ved opstilling af en liste af angstprovokerende fænomener og situationer efter svaghedsgrad, præcisering af målsætning og valg af metode og redskaber.
- 3) Psykoedukation i form af en introduktion til PTSD- og angstsymptomer og traumereaktioner, samt en præsentation af kognitive terapeutiske behandlingsmetoder og tolkeforbrug under hele forløbet.



Den *anden sekvens* omfattede anvendelse af kognitive, angstreducerende teknikker og øvelser, bl.a. omstrukturering af tanker og underliggende negative antagelser bl.a. via ekponeringsmetoden.

Den *tredje og afsluttende sekvens* inkluderede evaluering af opnåede resultater, præcisering af anvendelige metoder med henblik på forebyggelse mod et tilbagefald, opfølgende samtaler med tiltagende intervaller. I det følgende vil jeg fremlægge og diskutere første og anden sekvens af interventionsforløbet.

### ***1. sekvens:***

Denne sekvens, som inkluderede 16 samtaler, var den længste periode af samtaleforløbet. Årsag til den første fases lange varighed bliver diskuteret i afsnittet 'Det brudte tillidsforhold'. I denne periode blev Sara ledsaget af sin mand. Han sad i venteværelset og læste avis, mens Sara var til samtale (ressourcer i det omgivende miljø). Da jeg ved første møde skulle hilse på dem i venteværelset, talte ægteparret åbent om Saras problemer og angst for at komme ud alene. Sara er en påfaldende overvægtig kvinde og går langsomt og med besvær.

*Etablering af tillidsforhold:* Den første samtale indleder hun med at sige, at hun aldrig kommer ud af huset, medmindre hun skal til kommunen eller lægen. Uopfordret siger hun, at hun er meget knyttet til sine børnebørn og nærmest lever for dem. Hendes datter er også gravid og skal føde om ikke så lang tid. Sara er sikker på, at den nye baby vil forsyne hende med nye kræfter, og at det vil være godt for hendes psykiske tilstand (motivation og mobilisering af egne ressourcer). Uddybende forklarer hun, at hun i løbet af dagen har det godt. Hun er glad for sit hjem og for at lave mad til sine børnebørn, der kommer hjem til hende efter skolen. Om aftenen, når de små bliver hentet af deres forældre, føler hun sig ensom og forladt og noget deprimeret. Tankerne om fødebyen og de gode tider forstyrrer hendes nattesøvn. Sara understreger, at hun har det bedst med at være hjemme og ikke at skulle komme uden for hjemmets dør. Dette inkluderer også deltagelse i behandling. Hun har voldsomme smerter i sine hævede ben. Derudover klager hun over at skulle komme så mange gange om ugen til behandling, specielt på grund af transportudgifterne.

Det ser ud til, at klienten har tendens til at fokusere på andre problemer end de aftalte: præcisering af hendes psykiske problemer og formulering af hendes psykoterapeutiske behandlingsbehov. Vi laver en detaljeret symptomliste (behandlingsmæssig dagsorden): Sara har ind- og gennemsovningsproblemer, har tendens til at isolere sig, hvilket angiveligt er meget forskelligt fra hendes tidligere livsstil. Hun bryder sig slet ikke om den nuværende situation, da hun opfatter sig selv som en oprindelig aktiv og udadrettet kvinde. Sara giver klart indtryk af at have det svært med at falde til ro. Hun kan ikke klare stilheden, og efter nogle sekunders pause i samtalen starter hun med at tale om irrelevante forhold. Konfronteret med denne



observation indrømmer Sara, at hun bliver urolig, når hun ikke laver noget. Vi taler om hendes forventninger til terapiforløbet og hendes ønsker om forandring. Hun vil gerne opnå, at hun kan gøre nogle af de ting, som hun kunne før, f.eks. vil hun gerne være mere socialt og kunne nyde livet (motivation). Normalt, siger Sara, virker hun oplagt udadtil, men inderst inde har hun det dårligt. Hun taler ikke om sine bekymringer med sin mand eller sine børn, da hun ikke ønsker at belaste dem (afstandtagen fra sine omgivelser). Hun er trist og ulykkelig og falder i gråd flere gange under samtalen, specielt når hun taler om sin tilstand. Hun indrømmer, at hun stadigvæk er bange for overgreb fra medlemmerne af den magthavende etniske gruppe i sit hjemland (pseudo-hallucinatoriske symptomer). Hun tilføjer, at hun er klar over, at det er en indbildt fare, hun føler sig truet af, og alligevel kan hun ikke håndtere den. Hun er noget tilbageholdende med at tale om dette problem. Ved nærmere udforskning af Saras tøven viser det sig, at hun er bange for at komme til at såre tolken, som ikke er Hazara. Dette giver anledning til en gennemgang af de centrale etiske principper, som omfatter både terapeuten og tolkens professionelle rolle i den psykoterapeutiske setting. Dette bliver vendepunktet i alliancedannelsesprocessen og etablering af tilidsforhold. Sara er bange for knive og lyden af telefonopringninger. Derfor har de ikke haft telefon efter deres ankomst til Danmark (sikkerhedssøgende adfærd, der fører til øget isolation). Men for ét år siden gav hun efter for sin mands ønske om at købe en mobiltelefon på den betingelse, at telefonen skal stå på »lydløs og vibrationsfunktion« (sikkerhedssøgende adfærd). På den måde bliver hun skånet for lyden af opringninger, men selv det, at hun ser, at hendes mand taler i telefonen, er meget ubehageligt for hende. Sara mener, at hendes angst har ændret hende og hendes liv. Hun synes ikke, at hun ligner sig selv mere, og hun kan ikke lide sig selv nu. Derfor tager hun sig ikke så meget af sin personlige pleje. Sara viser sine næsten negleløse fingre og siger, at hun førhen plejede at have en pæn manicure, men nu har hun slet ingen negle mere, og det er hun flov over. Hun har altid været en aktiv kvinde med et meget velfungerende og travlt socialt liv. Hendes angst står nu i vejen for dette. Det har bl.a. forårsaget, at hun er overvægtig, selv om hun ikke spiser mere end det, hun altid har gjort. Ud fra den kognitive model (Oestrich, 1996: 68) er verden i Saras tanker et farligt sted, hvor der sker uforudsigelige, livstruende hændelser. Hendes følelser er dybt angstprægede, og hendes adfærd af undvigende og tvangspræget (Beck, 1991 & 1970). Den mangeårige, undvigende adfærd har resulteret i omfattende social isolation og – i sammenhæng med hendes tvangsmæssige adfærd som afledningsmanøvre fra angstprovokerende tanker – ført til afkobling fra kropslige sanser (ibid.). Som et eksempel nævner hun, at hun hverken kan mærke sine ben og fødder, sult eller smerte i sine nedbidte, blødende fingerspidser, mens hun bider dem.

## 2. sekvens

*Eksposure in sensu og omstrukturering af negative tanker.* Vi taler om Saras »automatiske« handlinger, som er udløst af ellers harmløse stimuli. Sara konkluderer selv, at disharmonien mellem stimuli i omverdenen og hendes handlinger skyldes hendes gennemgribende oplevelse af angst. Angsten stammer fra krigsrelaterede oplevelser i hjemlandet og er ifølge hende selv irrelevant for hendes nuværende liv. Angsten er så indgroet og altid nærværende, at hun ikke kan tænke en tanke færdig under en samtale. Hun bliver gentagne gange grebet af angst, som blokerer for tankeprocessen. Gennem samtalen bliver det klart for hende, at hun har nogle implicitte antagelser og forestillinger, som ikke hænger sammen med hendes nuværende liv. Vi taler om en aktuell problematik, som for tiden optager Saras tanker. Hendes datter, som er højgravid, har fortalt hende, at hun går til kontrol på grund af for højt blodtryk og lav blodprocent. Lægerne er bekymrede, fordi babyen ligger forkert i hendes mave, og hvis babyen ikke vender, kan det ske at barnet tages ved kejsersnit. Sara falder i gråd, mens hun fortæller det. Hun er bange for, at hendes datter og/eller babyen dør. Efter en kognitiv undersøgelse af hendes tankegang – ud fra en sokratisk dialogform – bliver det klart for hende selv, at hun faktisk selv tror på, at der er større sandsynlighed for, at både datteren og barnet overlever end at de dør. Det blev afklaret for Sara, at det var hende selv, der fokuserede på sandsynligheden (hvor ringe den end er) for, at mor og barn ikke klarer det. Sara begrundet sin negative tanke ud fra angsten for ikke at kunne klare at miste noget i livet – mens hun samtidig heller ikke er i stand til at gøre noget (ressourcer: refleksionsevner). Klinisk set er der her tale om, at hun er bange for at miste den smule kontrol – eller fornemmelse af sikkerhed – som hun har tilbage i livet (angst for oplevelse af afmagt). Ved fokusering på, at der er større sandsynlighed for at det hele får en positiv udgang, lykkes det Sara at mærke en kropslig oplevelse af lettelse. Hun græder af glæde. Hun vil gerne, at vi skal arbejde på hendes ukontrollerbare tankestrøm og neglebidning. Vi øver os i anvendelse af registreringsskema og omstruktureringsskema. Hun vælger selv en hjemmeopgave, som hun selv synes er overkommelig og får nogle registreringsskemaer med hjem. Ved næste session oplyser Sara, at det lykkedes hende at gennemføre hjemmeopgaven. Opgaven var den, at hun skulle besøge sin datter og registrere sine forskellige oplevelser og sanseindtryk i registreringsskemaet og tage det med, for at vi kunne arbejde videre med det. Besøget var succesfuldt. Alle var positivt overraskede og glade. Hendes mand, datteren og hendes søn var med. I denne session giver Sara udtryk for håbet om, at hun ved hjælp af dette behandlingsforløb vil blive i stand til at overkomme sine vanskeligheder. Herefter fortsætter vi arbejdet med omstrukturering af tanker og undersøgelse af underliggende og automatiske antagelser (Oestrich, 1996:74). Formålet er at støtte Sara i at kunne kontrollere sin letvakte katastrofetænkning, som bliver udløst ved den mindste påvirkning. Hun er meget ulykkelig over, at hun oplever verden

som et ustabilt, utrygt og farligt sted, hvor »det utænkelige og grusomme« vil kunne ske. En sådan grundlæggende usikkerhed og utryghed over for tilværelsen gør det meget vanskeligt for hende at overvinde næsten selv den mindste form for modgang. Som respons på min undren over, at hun da må være glad for at være i stand til at beskytte sig selv så godt, græder Sara og siger, at hun betaler en høj pris for at føle tryghed. Prisen er, at hun ikke lever et normalt liv og gemmer sig, men det er ikke en rational måde at beskytte sig mod fare på (ressourcer: refleksionsevner). Hun vil hellere blive i stand til at turde komme ud af sit hjem, tabe sig og være i stand til at standse sin tankestrøm (motivation). Hendes prioriteringsliste starter med overvægten. Ved en nærmere gennemgang af Saras spisevaner ud fra selvregistrerings-skemaet kan det foreløbigt konkluderes, at Saras overvægt ikke er relateret til for hyppig og uhensigtsmæssig spisning. Vi taler lidt om fedtindhold af forskellige fødevarer. Sara siger, at det altid er hendes mand, der køber ind, men at hun fremover nok skal forklare ham det med fedtindhold. Men så tilføjer hun samtidigt: »Mænd gider ikke rigtigt sætte sig ind i detaljer« – og hendes mand er ingen undtagelse, mener hun. Løsningen vil være, at hun selv er med til at købe ind. Tanken er skræmmende for Sara, men sætter dog sine spor i hendes bevidsthed. I de næste 2 sessioner bruger Sara samtalerne til at reflektere over sin livsstil i de seneste 10 år og de ændringer, behandlingsforløbet har muliggjort med hensyn til at lave om på sit liv. Hun mener selv, at hun ikke har »levet« i de seneste 10 år. Hun har hele tiden levet i en drøm om den dag, hvor hun skulle vågne i sit eget hjem i sit hjemland og finde ud af, at alt (krig, flugt, asylcenter og eksillivet) kun var et mareridt. Hun tilføjer, at til tider, når virkeligheden var for barsk til, at hun kunne fortsætte med sine dagdrømme (undgåelsesadfærd), havde hun et ønske om at dø. Nu synes hun, at hun har mere lyst til at leve og vil gerne forandre sine uhensigtsmæssige vaner. Vi laver en ny problemliste. Socialangst og agorafobi står som nr. 1 på hendes liste. Sara skal vælge en situation, som er let og sjov at klare i forbindelse med et problem, som er mere nødvendigt at løse. Vi fortsætter med kategorisering og sortering, indtil hun vælger, at vi skal arbejde med forestillingen om en situation i en forretning. Vi arbejder ud fra eksposure in senso og desensitiveringsmetoder. Vi prøver flere gange, indtil vi finder ud af at indrette metoden efter Saras eget tempo. Efter at have gennemført forestillingen uden at mærke det store ubehag skal vi aftale en hjemmeopgave. I stedet for window-shopping vælger hun at købe en buket blomster fra en DSB-kiosk til sin mors grav. Adspurgt, mener hun at være 100% sikker på, at hun kan gennemføre opgaven.

*Gennembrud:* Det lykkedes Sara at gennemføre hjemmeopgaven efter aftalen. Men i lørdags skete der noget meget ubehageligt, som hun meget gerne vil fortælle om. Hun var ude at gå tur sammen med sin datter og det nyfødte barnebarn. Hendes datter ville købe nogle ting til sin baby. De gik ind i et stort varehus. Sara var så optaget af at skulle køre barnevognen, at hun ikke lagde mærke til, at de faktisk var i et stort varehus. Først efter at

hendes datter spurgte om hendes mening vedrørende en eller anden vare, gik det op for hende, at de faktisk var i en stor forretning. Hun fortæller, at hun fik det dårligt og forlod forretningen omgående og ventede på sin datter udenfor. Sara reagerede med angstanfald, men i meget mildere udgave end det, hun ellers kan huske at have oplevet før. Vi forsøger at finde den udløsende faktor for hendes angst. Det viser sig, at det ikke er forretningen selv, men den store mængde mennesker med plastikposer i hånden, der trigger hendes angst. Scenen minder Sara om den gang, de skulle evakueres fra deres hjemby, og folk gik, kravlede og skubbede til hinanden, mens de slæbte alt det, de kunne nå at tage med hjemmefra i hvide indkøbsposer af plastik. Sara reagerer med angst, mens hun taler om den dag. Hun føler sig utryk, truet og afmægtig og græder. Hun forklarer, at hun ikke selv var klar over, at det var plastikposer som forårsagede hendes reaktion. Hun hiver en indkøbspose af stof ud af sin taske og viser den til mig. Hun siger, at hun har købt denne pose for mange år siden i håb om en dag at skulle bruge den. Men det er aldrig lykkedes hende, da hun aldrig var i en forretning. Vi aftaler, at hun ikke forsøger at udsætte sig selv for uoverkommelige hjemmeopgaver. Hjemmeopgaverne skal aftales mere præcist, og hun prøver at gennemføre dem som aftalt. Indtil næste gang skal hun eksperimentere med window-shopping i små forretninger, hvor folk ikke køber ind i store poser. Jeg understreger vigtigheden af, at hun skal opnå succes og ikke nederlag.

Ifølge aftalen arbejdede vi ud fra exposure in vivo og socialtræningsmetoder. Sara bærer altid en tøjpose i sin taske. Denne pose blev brugt til en forestilling om en indkøbstur på mit kontor. Vi fyldte tøjposen med min trøje, mad, vandflaske m.m. Det var den slags ting, som Sara mente folk havde i deres plastikposer under flugten. Først gik jeg rundt med tøjposen på mit kontor, og hun kiggede på mig og på posen. Hun kunne mærke lidt anspændthed i kroppen, men det var til at overskue. Bagefter prøvede Sara, som nu var lidt mere anspændt. Derefter gik vi og frem og tilbage ude på gangen. Saras anspændthed var mere tydeligt, men igen lykkedes det hende at neddæmpe den. Så gik vi ind i fysioterapeutens lokale og stillede os foran et stort spejl. Jeg bad hende kigge på sig selv med posen i hånden og fortælle mig, hvad hun så, mærkede og følte. Hun mærkede lidt anspændthed, men det var o.k. mente hun. Vi tog også en tur uden for bygningen og stod på fortovet. Vi gik lidt frem og tilbage. Angstniveauet var behersket. Eksponering in vivo i den aktuelle situation gennemførtes gradvis og inkluderede: perception af og fokus på den angstprovokerende genstand (indkøbspose), fysisk kontakt med den angstprovokerende genstand, motorisk bevægelse med den angstprovokerende genstand i hånden, egen perception af berøring af genstanden (se sig selv i spejlet med posen i hånden). Formålet med den sekventielle eksponering var at få Sara til at erkende, at den hidtil angstprovokerende genstand var ufarlig. Dette lykkedes til fulde, da Sara ikke udviste nogen former for angstsymptomer under eksponering. Tilbage på mit kontor skulle vi afrunde sessionen og aftale en hjemmeopgave. Sara syntes

selv, at hun ville fylde sin tøjpose med noget relevant og tage den med til sin datter og aflevere den. Sara gennemførte opgaven. Hun har forsøgt at gøre lidt mere end aftalt, og derfor blev det lidt mere anstrengende end det, hun havde forestillet sig. Vi talte om nødvendigheden af, at hun ikke presser sig selv frem og prøver at finde, mærke og respektere sin egen rytme og foreløbige begrænsninger. Behandling og kognitiv træning er selv en hård proces, men det behøver ikke at blive udført med unødvendige ubehag og betragtet som straf. Gennemførelse af hjemmeopgaven havde bragt minder om fjendens angreb, invasion af Saras hjemby og tvangsevakueringen frem i hendes bevidsthed. Hun taler om disse minder og græder. Hun mener, at hun nu kan mærke, at hun faktisk havde behov for at have sådan et frit rum (samtaleforløbet) for at tale om sin angst. Hensigten med den aftalte hjemmeopgave var at opnå refleksioner over nogle af de grundlæggende angstprovokerende erindringer med henblik på desensitivering og senere neutralisering af disse minder. Nu er hun også begyndt at tale med sine børn og med sin mand om vores samtaler og hjemmeopgaverne, samt meningen og formålet med dem. Parallelt med *exposure*-træning føler Sara behov for at tale om den måde, hun har reageret og håndteret sin angst på i de seneste 10 år. Årsagen var, at hun mente, at de seneste eksponeringsøvelser havde fremkaldt mange tanker og minder, samt har igangsat en form for udviklingsproces, som skulle integreres og verbaliseres. Konstruktiv og realistisk i forhold til den psykoterapeutiske proces vælger Sara, at hendes hjemmeopgave skulle relateres til hendes børnebørn, som er hendes energikilde (refleksion, motivation og formålsbevidsthed). Så hun vil prøve at erstatte sine traumerelaterede oplevelser med en positiv og meningsfuld association. I denne uge vælger hun at tage tvillingerne med til en lille forretning og købe noget til dem. Sidste gang havde Sara aftalt med sin mand, at hun går alene fra behandlingsinstitutionen til Nordhavn station, hvor hendes mand og barnebarn ventede på hende. Det var første gang, at hun skulle gå alene på gaden efter 10 år. Der var ikke noget ubehageligt ved den lille tur. Hun er faktisk glad for selv at gøre en indsats for at fremme processen og er også lidt stolt af sig selv. Hun har også aftalt med sin familie, at de skal støtte hende, så hun kan gennemføre flere »exposure-opgaver« (genetablerede sociale relationer). I løbet af sidste uge har Sara fulgt sin søns tvillinger i skolen via en gangsti og er selv kommet hjem uden problemer. I den kommende uge vil hun selv hente dem fra skolen om eftermiddagen. Nu føler hun sig parat til at prøve den store »oplevelse«, altså at gå i et stort varehus sammen med mig og tolken. Vi aftaler at gøre det næste gang. Det er hun meget spændt på at opleve. Mens vi forbereder os til næste session gennem en exposure in sensu, græder hun lidt. Hun forklarer, at der bag hendes gråd ligger en blanding af: (1) ærgrelse over, at hun i de seneste 10 år er gået glip af mange gode oplevelser på grund af sin agorafobi, og (2) oplevelse af en lettelse over at have overvundet nogle barrierer.

*Exposure in vivo (I):* Som planlagt tager vi ud til et stort varehus. Det er en fredag, tidlig om eftermiddagen, og forretningen er fyldt med mennesker. Sara går så tæt op ad mig og tolken som muligt og holder mig hele tiden i armen. Samtidig bliver hun mere og mere interesseret og optaget af alt det, der findes i de forskellige afdelinger og etager. På forhånd havde jeg aftalt med Sara, at vi under besøget i varehuset ville gå rundt, se og røre ved mange ting. Det bliver en ca. 3 timers tur i forretningen. Den første time har Sara fortsat en klyngende adfærd. Bagefter begynder hun at føle sig tryk, går hen til forskellige varer og undersøger dem, for dog straks at skynde sig tilbage og holde fast i os. Jeg køber en lille dukke og beder ekspedienten om at putte den i en plastikpose. Sara reagerer overhovedet ikke på min plastikpose. Det undrer jeg mig over. Hendes forklaring er, at min plastikpose er mørkegrøn. Hun er bange for hvide plastikposer. Dette er meget overraskende og informativt. Selv klienten havde indtil da ikke været klar over, at farven af plastikposen var en afgørende faktor. Vi leder alle tre efter en hvid plastikpose. Der kommer en ung pige med en ganske lille hvid plastikpose i hånden. Posen er ikke større end 25×35 cm. Sara peger på den og siger: »Der er den« og bliver bleg og ryster. Hun hyperventilerer og siger, at hendes hjerte er ved at briste og græder lidt. Vi bliver stående, taler sammen indtil Saras angstniveau falder, og hun får det bedre. I den aktuelle situation i varehuset var der ingen mulighed for en længere afdækkende dialog om hendes tanker. Det var tilsyneladende heller ikke nødvendigt i her og nu-situationen, for hun kom sig ganske hurtigt og bad om at fortsætte med at gå rundt og kigge på ting og sager. Hun siger, at hun kunne blive dér resten af dagen og se på de spændende varer. Adspurgt understreger Sara, at den mindre angstprovokation, hun oplevede, ikke vil hindre hende i at gentage besøget. Vi kommer tilbage til behandlingsinstitutionen, taler om turen og aftaler hjemmeopgaven. Hun synes at være i stand til at tage til en tøjforretning og købe noget til sine børnebørn.

I den efterfølgende session har Sara ondt i knæet. Sara var mere positivt optaget af oplevelse af at kunne mærke smerte i sit ben. Hun mener, at hun ikke har rørt sig så meget i alt for lang tid og nu, når hun er meget glad for at gå ud, bliver hun øm i knæet. Det skyldes delvist hendes overvægt, som hun håber på at reducere snart. Det synes hun at kunne realisere, netop fordi hun nu føler sig tiltagende fri for angst og nyder at gå ud, men hendes fysioterapeut har advaret hende om ikke at belaste sit knæ og har anbefalet Sara at skåne sit knæ, når det gør ondt. Derfor beslutter vi at blive på mit kontor og have en samtale. Sara taler om alt det, der ifølge hendes forståelse forårsagede den store konflikt i hendes hjemland. Hun siger uopfordret, at hun kan mærke, at hun er meget vred på det, der skete, og nu kan indse, at hun altid har været vred over at blive tvunget til at forlade sit hjemland og efterlade alt det, der var hendes. Hun græder ikke og har det godt med at være vred og vender vreden udad. Vi afrunder samtalen og aftaler, at hun fortsætter med eksponering i løbet af næste uge. Hun beslutter at tage til en



Nettoforretning sammen med sin mand for at købe ind. Hun skal bevidst kigge på alt og registrere alt omkring sig og komme tilbage og fortælle om det.

*Exposure in vivo (II)*: Sara havde fortalt, at hun var bange for store kælderrum. Vi aftaler at eksperimentere med denne oplevelse. Vi vælger at tage til Metroen på Kongens Nytorv og Magasins kælderafdeling. Det bliver en 2½ timers tur. Vi opsøger alle hjørner, uden at Sara bliver bange. Vi taler sammen hele tiden om Saras oplevelse af at være dér og hendes indre og ydre reaktioner. Hun forbinder alt med positive oplevelser hjemmefra. Hun siger, at hun glæder sig til foråret for at tage til byen sammen med sin familie og opleve alle seværdigheder i København, som hun aldrig har set før. Hun mener, at hun er gået glip af meget i de seneste 10 år, men nu er det nok. Hun vil ikke spille mere tid af sit liv i isolation og angst. Hjemmeopgaven aftaler vi, skal være et besøg i et mellemstort varehus. Hun vælger at tage til en stor Kvickly-forretning i deres område. Formålet med den aftalte opgaven var, at Sara i tiltagende grad skulle desensiviteres over hidtidige tabuerede adfærdsformer.

Næste gang kom Sara alene til samtale. De skulle have besøg af håndværkere, og én skulle være hjemme for at åbne døren. Saras mands forslag om enten at lægge nøglen hos naboen eller aflyse aftalen på behandlingsinstitutionen blev afslået af Sara. Hun valgte at tage af sted alene, mens hendes mand blev hjemme og tog imod håndværkerne. Hun er meget glad og stolt over at have klaret turen. Det er jeg og tolken også. Den 1 times køretur fra Saras bosted til København fylder hele samtalen. Vi mangler den sidste eksponeringstur: Shopping med hvide plastikposer. Sara er selv 100 % sikker på, at hun kan klare det.

Næste session indledte vi med en evaluering af hidtidige samtaleforløb. Vi gennemgik de symptomer og gener, som Sara klagede over i begyndelse af behandlingen. Der er en markant lindring på alle områder. Hun sover meget bedre og længere. Hun går i seng af træthed: noget, hun ikke kunne mærke i 10 år. Hun er holdt op med at bide negle. Hendes negle er begyndt at vokse, men de er ujævne, og det er flovt, siger Sara. Men hun véd, at de bliver pæne. Vi gennemfører en BDI-scoring (Beck's Depression Inventory). Den viser 06, dvs. at hun faktisk ikke er depressiv. Det er hun glad for at høre. Desværre forelå der ikke nogen BDI-scoring i visitationsrapporten, med derimod en visitationsvurdering om, at hun led af moderat depression.

Næste gang kom Sara igen alene til behandling. Hendes mand var lidt forkølet. Det er hun også selv. Men hun syntes, at hun ville have godt af at komme ud og få frisk luft. Om 2 uger er det 5 år siden, Saras mor døde. Efter sin mors død blev Sara meget syg og kunne ikke bevæge sig uden hjælp. Det var noget med hendes ben, forklarer hun. Hun kan ikke mere specifikt forklare, hvad det var, men kan godt huske, at hun ikke engang kunne gå på toilettet alene i ca. 1 år. Herefter begyndte hendes ben at hæve, og hun



kunne ikke mærke sine tæer. Vi taler fortsat om døden, tab, sorgprocessen og om, hvordan denne proces kan bruges til at skabe en mening af det tab, man oplever. Saras symptomer er stort set forsvundet, og hun er rede til at gå på nedtrapning og påbegynde den afsluttende fase. Det er meningen, at samtalerne fremover finder sted hver anden uge.

*Sidste exposure in vivo (III):* Sara virker mere afslappet end nogensinde. Hun mener at have fået det bedre og bedre. Hun har ikke mareridt mere, føler ikke angst, lider ikke af søvnforstyrrelse, bider ikke negle og taber sig fortsat. Vi planlægger afslutningsfasen lidt nærmere. Dette emne bringer Sara i en lidt trist stemning, men det er overskueligt. Vi tager ud til en stor forretning, som sælger varer i hvide plastikposer. Saras mand er sammen med os. Hun er glad og stolt og siger til sin mand, at han fremover godt kan blive hjemme, for hun kan selv tage ud og handle. Alt går godt i forretningen. Sara køber ind til en stor familiesammenkomst. Varerne bliver lagt i 4 hvide plastikposer. Sara rører ved en plastikpose og siger, mens hun er i gang med at pakke sine varer, »Tænk, sådan en neutral ting skulle holde mig indendørs i 10 år og give mig 40 kg overvægt«. Hun griner med tårer i øjnene.

## 10. Caseanalyse

Ud fra casebeskrivelsen kan Saras traumereaktioner og symptom-billede klassificeres og tematiseres på følgende måde:

- *Genoplevelsesfænomener:* mareridt, ukontrollerbar tankestrøm og intrusive minder om de situerede traumer, som vækker intense følelser.
- *Undgåelsesfænomener:* undvigende adfærd i form af social tilbagetrækning og mentale afledningsstrategier, afstandtagen til familiemedlemmer, sikkerhedssøgende adfærdsformer som fx afvisning af at have en telefon i huset, forsøg på konstant og unødvendig beskæftigelse.
- *Hyperarousalreaktioner:* i form af søvnforstyrrelse og øget vagtsomhed, samt fysiologisk arousal ved mindet om oplevede traumer.
- *Kognitive forstyrrelser:* interpersonel vagtsomhed i form af mistillid, forvrænget selvopfattelse og lavt selvværd, indsnævret og selektiv opmærksomhed, overgeneralisering i vurderinger, automatisk negativ fortolkning.
- *Følelser:* vrede, sorg, skyld, skam, angst og panik.
- *evt. somatisering:* ingen undersøgelser har fundet sted, hvorfor dette ikke diskuteres her.

Set med Horowitz' (1986) øjne er den naturlige traumebearbejdningsproces hos Sara blevet afbrudt i fornægtelses/indtrængningsfasen. I den oprindelige situation har Sara været udsat for en reel faresituation, hvor hun følte sig afmægtig og var nødt til at flygte for at redde sit eget liv. Dette var i modstrid

med hendes eget ønske og førte til, at hun skulle forlade sit hjemland og opholde sig i eksillandet. Sidstnævnte var dog nødvendigt for at overleve. Den traumatiske oplevelse af at have været udsat for et livsfarligt objekt (fjendens tropper) kunne være blevet bearbejdet tidligere, hvis Sara havde været i sine kendte og vante omgivelser og følt sig i sikkerhed og tryghed. Denne indre oplevelse af at være i sikkerhed og tryghed blev sådan set aldrig aktuel for hende. Den videre flugt ud af hjemlandet, i form af tvangsmigration, var endvidere en vedvarende konsekvens af den primære undvigelse (flugt), som herefter »cementerede« hendes reaktionsmønster. Saras basale opfattelse af omverdenen, baseret på hendes 47 års livserfaringer, har været: at verden er et trygt sted at være i, et sted, hvor man har det behageligt og føler sig veltilpas. Denne grundlæggende opfattelse gik i løbet af forholdsvis kort tid tabt og blev erstattet med en modsat opfattelse: at livet er ustabil og ubehageligt at leve i, et uønsket sted. Om hendes nye og uønskede omverden også er farligt at leve i, har Sara aldrig turdet »undersøge«, da hun var blevet grebet af en undvigelsesreaktion. Denne undvigende adfærd skabte en midlertidig oplevelse af at være »beskyttet«. Mere præcist har Sara været spundet ind i en ond cirkel af ufrivillige og angstprovokerende tanker og minder (intrusion), som fremprovokede en sikkerhedssøgende handling i form af fornægtelse og undvigende adfærd. Fornægtelse kommer til udtryk igennem Saras dagdrømme om, at alt det med krig og flugt til eksillandet har været et mareridt, som forsvinder lige efter, hun »vågner«. Denne fornægtelse af realiteten virkede som en bekræftelse på Saras overgeneraliserede vurdering af verden som et farligt sted, hvilket holdt hende fast i en indre angsttilstand. Intrusion af angstprovokerende tanker skabte oplevelse af utryghed og usikkerhed, mens angsten for at være i fare har hindret Sara i at forholde sig til sin nye omverden for at undersøge, om det virkelig er farligt at leve i denne verden.

En anden form for undvigelse har været Saras måde at holde facaden over for sin familie på. Hun forsøgte at skjule sine følelser af sorg over tab af hjemlandet og alt det kendte og kære, hun havde kontakt til i det meste af sit liv. Hun siger selv, at hun »normalt virker oplagt udadtil«, mens hun inderst inde føler, at hun har det dårligt. Hendes samvær med sin familie har sådan set fungeret på et overfladisk og praktisk plan, da hun hele tiden har gemt sine sande følelser af frygt for at belaste sine omgivelser. Denne følelsesmæssige tilbagetrækning har på den ene side bidraget til Saras oplevelse af ensomhed og på den anden side blokeret for en naturlig sorgproces og bearbejdning af hendes brudte tillidsforhold til andre mennesker.

At være fanget i denne onde cirkel har bidraget til at holde Sara fast i en gennemgribende oplevelse af hjælpeløshed, som hun godt kunne genkende fra den oprindelige afmagtsoplevelse i forbindelse med tvangsevakueringssituationen i sin fødeby. »Man føler sig hjælpeløs og betydningsløs blandt den store mængde mennesker, som hensynsløst skubber og tramper på hinanden for hurtigst muligt at komme væk.« Derudover har Sara følt sig

betydningsløs i forbindelse med sine gamle venner og bekendte, som lige pludselig skiftede til at være hendes fjender. Denne oplevelse cementerede hendes mistillid til nye interpersonelle relationer. Det vil sige, at oplevelse af tab (ud over tabet af gamle venner) inkluderer oplevelse af tab af evnen til at etablere tillidsforhold og nye venskaber.

Oplevelsen af hjælpeløsheden har været ledsaget af en stærk indre vrede over for de venner, der forrådte hende, og over, at hun skulle underlægge sig en uretfærdig handling fra en højere magt. Denne vrede har hun ikke haft mulighed for at give udtryk for i den oprindelige situation af angst for at forværre situationen. Vreden over tabet og det at blive udsat for hjælpeløshed, blev holdt tilbage og vendte indad. Saras indadvendte vrede over manglende kontrol over sit liv, sine handlinger og reaktioner, kombineret med den fortsatte oplevelse af hjælpeløshed over ikke at være i stand til at modificere sine livsbetingelser, kan antages at have resulteret i hendes opfattelse af, at være værdiløs og til ekstra besvær for sin familie. Den løsning, hun havde fundet på, »at holde en glad facade«, har igen været en undvigelsesmanøvre af frygt for gentagne katastrofeoplevelser i form af, at komme til at belaste familien og miste dem. Hendes »holden facade« har faktisk skabt afstand og bekymring hos hendes ægtemand og deres voksne børn. Det vil sige, at Saras forsøg på ikke at skabe bekymring hos sin familie gav netop det modsatte resultat. Hun indrømmer selv, at hun hele tiden blev konfronteret med familiemedlemmernes undren over hendes gradvise forandring til efterhånden at blive en isoleret og inaktiv kvinde, som ikke var interesseret i sit eget udseende og helbred og med tiden blev påfaldende overvægtig. Hun mener selv at have skabt bekymringer for sin familie. Hendes »plan« for at aflede familiens opmærksomhed og aflaste dem gik heller ikke. Hun følte sig som en fiasko. Hele denne udvikling blev en ekstra årsag til Saras lave selvværd og deraf følgende skyld- og skamfølelse. Hun formulerer det i samtalerne ved at sige, at hun »skammer sig over at deltage i selskaber på grund af sin overvægt.« Ud over vægten og udseende var Sara utilfreds med sin meget begrænsede måde at leve på. Denne utilfredshed motiverede hende til at gøre en effektiv indsats i behandlingsforløbet.

## 11. Opsummering

Hovedpunkterne i det fremlagte kognitive behandlingsforløb har været:

- Klientens motivation og dermed hendes aktive indsat og samarbejde.
- Etablering af solid og bæredygtig terapeutisk alliance og tillidsforhold.
- Afdækning og forståelse af de centrale problemer, som har blokeret klientens bearbejdningsproces.
- Ved psykoedukative sessioner at nuancere klientens forståelse af sin egen tilstand.

- Indgåelse af en terapeutisk samarbejdskontrakt, baseret på resultater af de foregående stadier.
- Støtte klienten til, via eksponering, at afprøve og undersøge sine »forvrængede« antagelser og skifte dem med nye, mere realistiske og sundere holdninger.

## 12. Det brudte tillidsforhold

Etablering af terapeutisk alliance og tillidsforhold med traumatiserede og PTSD-ramte flygtninge, som har været udsat for menneskeskabte katastrofer og ondsksfulde handlinger, er en vanskelig proces. Alliancedannelsen bliver specielt svær, når klienten har været udsat for overgreb fra netop de mennesker, som han/hun kendte lang tid i forvejen og havde tillid til. Denne nye etableringsproces kræver tid, tolerance, stabilitet i kontakten, professionel omsorg og genuin medfølelse og opmærksomhed på højt niveau. Desuden kræves der, at terapeuten overvejer sit sprogbrug og valg af udtryksformer og generelle adfærd (kropssprog, ansigtsudtryk o.l.) med ekstra opmærksomhed. Grundet deres gennemgribende oplevelse af utryghed kan PTSD-ramte flygtninge efter mine erfaringer have en tendens til at udvise en mere sikkerhedssøgende adfærd og forventer en beskyttelsesgaranti fra deres terapeuter. Dette synes at være en betingelse for etablering af et nært tillidsforhold. Det er terapeutens ansvar ikke at give klienten urealistiske forhåbninger og love noget, som vedkommende ikke kan leve op til. Denne problematik kan provokere undvigelse hos klienten, men kan også udnyttes til fordel for den terapeutiske proces. PTSD-symptomer er meget sejlivede bl.a. på grund af vedblivende og gentagne katastrofeoplevelser (Oestrich, 1996). Tvivlen om, at der findes nogen garanti i livet, kan via en sokratisk dialog bruges til at opfordre klienten til at reflektere over sine egne katastrofeoplevelser og udforske deres realitet. »Findes der bevis for, at det, der skete før, vil ske igen?«, »Hvor mange gange er det sket i de seneste 10 år?«, »Hvor sandsynligt er det nu?« Dette er naturligvis afhængig af klientens nervøsitetsniveau og stresspåvirkning. Tvivl om egne katastrofeoplevelser kan have en svækkende effekt på klientens mistillid til omverdenen.

En anden faktor, der kan bidrage til komplikation af alliancedannelse, kan være flygtningens manglende eller ringe kendskab til det danske behandlingssystem, især når der er tale om psykoterapeutisk behandling. I Danmark bliver man fra barnsben fortrolig med det psykologiske fagområde. Det er en almindelig funktion i det offentlige system, som f.eks. PPR-kontoret. Der findes lande i verden, hvor psykologisk behandling er et ukendt fænomen eller en persons kontakt med en psykolog ikke er særlig velanset. I begge tilfælde er det essentielt, at terapeuten som led i introduktion til arbejdsmetoden og psykoedukation sikrer afdækning af mulige misforståelser hos klienten og sikrer et mere gnidningsfrit forhold til tillidsdannelse.

Et af de mest kendte symptomer ved PTSD-diagnosen er reduceret hukkelses- og koncentrationsevne. Konsekvensen er ofte, at det for disse klienter ikke er lykkedes at tilegne sig tilstrækkelige danske sprogfærdigheder. I tilfælde af, at terapeuten ikke taler klientens sprog, bliver alternativet at anvende en terapeutisk tolk i samtalerne.

Etablering af tillidsforhold med svært traumatiserede flygtninge bliver en endnu mere kompliceret proces, når kommunikationen foregår gennem tredjepart, nemlig tolken. Det er ikke altid realistisk at finde en uddannet og professionel tolk, som netop kommer fra den samme etniske gruppe, som klienten. Hvis terapeuten ikke er opmærksom på dette problem, kan latent mistillid til tolken blokere for allianceprocessen i hele forløbet eller forårsage en præmatur afbrydelse af behandling fra klientens side.

### 13. Tolkens rolle

Tolken har en betydningsfuld rolle i en tværkulturel setting. Eftersom kognitiv terapi inkluderer en meget detaljeret gennemgang af klientens oplevelser, tanker, emotionelle og kropslige reaktioner, kræver det en meget præcis og nuanceret formidling af den verbale kommunikation mellem terapeuten og klienten. Ud over en sproglig oversætter kan tolkens indsats optimeres til at være en kulturformidler, der fremmer behandlerens kontekstuelle forståelse af klientens subjektive oplevelse. Det optimale er, at terapeuten forbereder sessionen sammen med tolken og bruger dennes kulturelle kendskab og fornemmelse af, hvad man kan tillade sig at spørge om, f.eks. seksualitet eller anvendelse af humor: er et bestemt udsagn humoristisk inden for den bestemte kulturelle ramme, eller er det krænkende?

Endvidere er det vigtigt, at tolken bliver fortrolig med den kognitive metode og sokratiske dialog. Desværre er mange terapeuter ikke opmærksomme på at sætte tolken ind i de grundlæggende principper i den kognitive metode og den sokratiske dialog. Alt for ofte bruger danske terapeuter tolken som en ren og skær oversættelsesmaskine. Dette er meget u hensigtsmæssigt, da tolkens kendskab til, hvad og hvorfor man spørger på en bestemt måde ville forhøje oversættelseskvaliteten betragteligt. Tolkens forståelse af formålet med et tilsyneladende enkelt spørgsmål kan til tider have en afgørende betydning for en mere korrekt overførelse af terapeutens udsagn. Omvendt er det også centralt, at terapeuten får, så vidt som det er muligt, gengivet den mest ordrette tolkning af klientens formulering og italesættelse. Herved er det nemmere at styre processen og lede samtalen.

Klienter med en langvarig tilstand vil, efter at have fået tillid til terapeuten, ofte have tendens til at fortabe sig i en uafbrudt talestrøm og monolog, som kan være en hindring i det kognitive terapiforløb, hvor sokratiske dialog er et centralt arbejdsredskab. Det ville også være hensigtsmæssigt at træne

klienten i at indgå i en sådan form for dialog, hvor det kræver fokusering på et afgrænset og veldefineret emne.

I træning af klienten anbefales bl.a. følgende:

- Anvend korte sætninger (hensigten: at terapeuten vil have mulighed for at opfange nonverbale kommunikationssignaler).
- Direkte øjenkontakt mellem klient og terapeut (hensigten: at beskytte tolken for ekstra belastning specielt i forhold til klientens emotionelle ansigtsudtryk).
- Sætte ord på egen vurdering af og reaktion mod det, der er blevet sagt, frem for at satse på nonverbale reaktioner. Hensigten er at undgå enhver form for misfortolkning fra klientens side (kropssprog er kulturelt sensitivt og kan ikke oversættes).

Til trods for at de allerfleste klienter hyppigt har fået hjælp af en tolk i deres kontakt med de forskellige professionelle i eksillandet, er min erfaring, at de ofte ikke kender forholdsreglerne ved tolkebrug. Det kan ske, at mange af klientens formuleringer faktisk rettes mod tolken og ikke terapeuten. Sætninger som, »*Fortæl psykologen, at jeg ikke kan sove*«, eller »*Hvad mener terapeuten med det spørgsmål?*« hører ikke til sjældenhederne i de første sessioner. Det er vigtigt, at klienten bliver trænet i at bruge tolken som tolk og ikke som terapeut.

Som terapeut har jeg selv haft stor glæde af at overholde følgende tommelfingerregler:

- Sammenfatning af klientens svar og forklaring og lade ham/hende bekræfte min forståelse af det sagte.
- Afbryd klienten efter forudgående aftale med klienten. Herved kan klienten trænes i at kontrollere egen tanke- og talestrøm og holde fokus på et afgrænset emne.
- Afbryd aldrig tolken.
- Afsætte forberedelses- og efterbearbejdningstid med tolken, hvor bl.a. træning af tolken i kognitiv- og adfærdsterapeutiske behandlingsmetoder bliver inkluderet.

## REFERENCER

- BECK, A.T. (1970): *Depression, Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BECK, A.T. (1991): *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin Books.
- DSM IV-TR (2002): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Washington DC: American Psychiatric Association.
- ETH, S. ET AL. (1985): Developmental Perspective on Psychic Trauma in Childhood. I: *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. Figley, C.R. (ed.). New York: Brunner/Mazel: 36-51.
- HERMAN, J.L. (1995): *I Voldens Køl vand*. København: Hans Reitzels Forlag.

- HOROWITZ, M. (1986): *Stress Response Syndromes*. (2.ed.). New York: Jason Aronson.
- HOROWITZ, M. (1993): Stress-Response Syndromes. A Review of Posttraumatic Stress and Adjustment Disorders. I: *International Handbook of Traumatic Stress Syndrome*. Wilson, J.P. & Beverly, R. (eds.). New York: Plenum Press: 49-60.
- HOUGAARD, E. & NIELSEN, T. (1995): Kognitiv terapi, psykoedukation og social færdighedstræning. I: *Kognitive behandlingsformer*. Mørch, M., Rosenberg, N., Elsass, P. (eds.) København: Hans Reitzels Forlag.
- KUSCHEL, R. & ZAND, F. (2004): *Ondskabens Psykologi*. København: Frydenlund.
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- LEVINE, P. (1997): *Waking the Tiger*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- LIFTON, R.J & OLSON, E. (1976): The human meaning of total disaster: The Buffalo Creek Experience. *Psychiatry*, 39:1-18.
- OESTRICH, I. H. (1996): *Tankens Kraft, kognitiv terapi i klinisk praksis*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- PFEFFERBAUM, B. (1997): Posttraumatic Stress Disorder in Children: A review of the past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, 11:1503-1511.
- ROSENBERG, N. K. (1995): Kognitive terapi ved angsttilstande. I: *Kognitive behandlingsformer*. Mørch, M., Rosenberg, N., Elsass, P. (eds.) København: Hans Reitzels Forlag. København.